Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 16 stycznia 1886. № 3. Rok XXV.

I. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

Dyfteryja, to niemal sfinksowa czasów naszych zagadka, dotąd jeszcze pod wielu względami nierozwikłana, zwlaszcza zaś pod względem etyjologicznym i patogenetycznym. Mimo bowiem pięknéj pracy doświadczalnéj Heubnera (*Experimentelle Diphtherie. Preisschrift von Heubner.* Lipsk, 1883) wyjaśniającéj nam wiele szczegółów sprawy chorobowéj, dyfteryją nazwanéj, mimo wykrycia przez Klebsa (*Realencyclopädie der gesammten Heilkunde* 4 t. str. 158, i *Verhandlungen des Congresses für innere Medicin.* Wiesbaden, 1883), Loefflera (*Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte* 2 t.) i innych badaczy, mikroorganizmów w tkaninach przez tę chorobę zajętych, nie doszliśmy jeszcze tak daleko, abyśmy stanowczo wykryli źródło i sposób powstawania choroby, a nawet, pomimo olbrzymich zdobyczy poczynionych, szczególnie na polu bakteryjologii, w czasach ostatnich, nie udało się z całą pewnością wykryć charakterystycznéj formy grzybków, któreby były niejako motorami dyfteryi i przez sztuczną hodowlę dały się tak rozmnożyć, że zastrzyknięte następnie organizmom zwierzęcym odtworzyćby zdołały znów całkowity obraz dyfteryi. Ztądto pochodzi zamęt w pojęciach naukowych o tém cierpieniu, co się fatalnie również odbija w codziennéj praktyce i terapii złowrogiéj i zakaźnéj téj choroby, tak że kiedy jedni lekarze cały nacisk kładą na leczenie miejscowe i wytworów chorobowych ani na chwilę nie spuszczają z oka, drudzy o cierpienie zlokalizowane bardzo mało się troszczą i radzą tylko używania środków ogólnie działających, a przedewszystkiém krzepiących organizm chorobą dyfterytyczną dotknięty (Patrz Dziennik IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, str. 69).

Rozprawka przeto moja, w któréj streszczam dzisiejsze poglądy naukowe na dyfteryję i dołączam zapatrywania własne, oparte na codzienném doświadczeniu, będzie zapewnie na czasie, przyczyni się może do wyjaśnienia niektórych spornych kwestyj, a przez to, jak się spodziewam, ożywi i interes naukowy. Nie zapowiadam jednak żadnych wyników jakiejkolwiek pracy doświadczalnéj, bo w mym zawodzie z powodu braku czasu jestto rzeczą niepodobną, nie przyobiecuję również jakichś nadzwyczajnych nowych środków leczniczych, niechybnych pod względem świetnéj skuteczności, bo smutne doświadczenie pouczyło mnie niestety niejednokrotnie, że w obec ciężkich, zwłaszcza zaś zgorzelinowych form, błonicy, dotąd jesteśmy, a może i pozostaniemy, bezsilnymi, tak jak to w obec złośliwych form wielu innych chorób zakaźnych częstokroć się przytrafia.

Zanim przystąpię do omówienia pojedynczych warunków, wśród których pojawia się błonica, jakotéż do ścisłego naukowego określenia istoty téj choroby, niech mi wolno będzie rzucić okiem na przeszłość historyczną dyfteryi, na chwilę, w któréj po raz pierwszy wyłoniła się nazwa téj choroby, a to tém bardziéj, że wyjaśnienie to przyczyni się do lepszego zrozumienia rzeczy nawet dla kół ściśle lekarskich.

Zdaniem pierwszych powag w świecie naukowym lekarskim (Dr. J. Oertel: *Die epidemische Diphtherie* w *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie herausg. von Dr. H. v. Ziemssen,* 2 t., 1 z., str. 563) błonica jest tak niemal starą jak świat, a przynajmniéj należy do najstarszych chorób epidemicznych, zdawna grożących zagładą rodowi ludzkiemu. Pod nazwą „zarazy egipskiéj“ *Malum aegyptiacum* znano już dyfteryję w odległéj starożytności, a Bretonneau udowadnia, że pod tą nazwą znali dyfteryję już Homer i Hipokrates, zalecając miód z siarkanem miedzi, jako środek w chorobie téj dziwnie skuteczny (*unguentum aegyptiacum).* Jeżeli jednak podania te trącićby mogły pewną przesadą, to żadnéj już wątpliwości ulegać nie może, że z końcem pierwszego i początkiem drugiego wieku ery chrześcijań-

skiéj chorobę tę dokładnie poznano, albowiem Aretaeus opisuje ją niemal z całą możliwą ścisłością uwydatniając, „że w chorobie téj, która głównie dzieci nagabuje, są migdalki jakimś płynem białym stężałym *(quodam concreto humore albo)* pokryte, który rozszerza się zajmując nawet dziąsła oraz język, i jeżeli zajmie tchawicę, sprowadza śmierć przez uduszenie, jeżeli zaś przeminie szczęśliwie, to częstokroć płyny przez nos się wylewają“; co więcéj nawet już ten autor rozróżnia formy błonicy łagodne i zgorzelinowe. Aretaeus wspomina również, że choroba ta powstaje głównie w Egipcie i Syryi, skutkiem czego nazwano ją zarazą egipską lub téż wrzodami egipskiemi albo syryjskiemi.

Z końcem 4go wieku ery chrześcijańskiéj pojawiła się choroba tego rodzaju w Rzymie, a opis jéj zawdzięczamy Macrobiusowi. W późniejszych wiekach pojawiła się błonica epidemicznie w Holandyi (1557 opisana przez Foresta), a w 17 i 18 wieku w Hiszpanii, gdzie ją nazwano „Garotilo“, jeżeli zajmowała krtań i sprowadzała śmierć przez zaduszenie, lub „Fegar“, jeżeli tylko do połyku się ograniczała. Znano również błonicę i opisywano dokładnie we Włoszech, we Francyi, w Niemczech i w Anglii, a nawet na drugiéj półkuli ziemi naszéj, w Ameryce północnéj.

Dokładne jednak określenie i wyróżnienie błonicy zawdzięczamy dopiero francuskiemu lekarzowi Bretonneauowi, który w r. 1821 przedłożył Akademii lekarskiéj w Paryżu dwie rozprawy o błonicy i pierwszy użył nazwy „dyfteryi“ na określenie téj choroby. Zdaniem tego słynnego autora podstawą dyfteryi jest wypocina, tak że nie ma dyfteryi bez wypociny i to wypociny zaraźliwéj, a istotę chorobową dyfteryi stanowi wysięk błoniasty. Zdaniem Bretonneaua dyfteryja szerzy się w ten sposób, że wydzielina chorobowa bywa przeszczepianą w sposób przypadkowy na błonę śluzową rozmiękłą lub pozbawioną przybłonka; natomiast przyrzut chorobowy nie rozszerza się drogą powietrzną. Dławiec *(Croup)* i dyfteryja stanowią jednę i tę samą chorobę, a różnią się tylko stopniem téjże, natomiast zapalenie zgorzelinowe gardła ma, zdaniem Bretonneaua, stanowić zupełnie odmienną sprawę chorobową. Bretonneau z początku uważał dyfteryję za chorobę wyłącznie miejscową, późniéj jednak przyznał, że chorobie téj towarzyszy zazwyczaj zakażenie krwi.

Od chwili pojawienia się rozpraw Bretonneaua świat naukowy lekarski żywo zajmował się sprawą dyfteryi, a dowodem wielkiego zainteresowania się tą kwestyją jest z jednéj strony tak bogata pod tym względem literatura, jak z drugiéj strony częste spory naukowe co do pojmowania istoty dyfteryi i sposobu jéj powstawania. Virchow, Wagner i Buhl zasłużyli się bardzo nauce wyświecając sprawę dyfterytyczną pod względem anatomo-patologicznym; Hueter i Oertel wykryli najpierw w wypocinach dyfterytycznych ogromną ilość bakteryj *(Micrococci)* i próbowali przeszczepiać wytwory dyfterytyczne na zwierzęta. Trendelenburg, Nassilow, Recklingshausen, Waldeyer itd., a szczególniéj Klebs i Loeffler, zajmowali się nader gorąco wyświetleniem stosunku mikroorganizmów dyfteryi i przedsiębrali liczne doświadczenia hodując bakteryje i przeszczepiając je na zwierzęta, o czém jeszcze obszerniéj pomówię w dziale „Patogenezy dyfteryi“, zaznaczając tutaj tylko, że, jak dotąd, droga doświadczalna ma przed sobą jeszcze wielkie obszary, a meta zwycięska na tém polu zbyt jest jeszcze odległą.

W ustępie tym również zastanowię się obszerniéj nad istotą dyfteryi i nad umiejętném jéj określeniem, tutaj tylko nadmienię, że, jak dotąd, nazwa i pojęcie „dyfteryi“ jest właściwie pojęciem zbiorowém dla wielu spraw chorobowych, mających zapewnie wspólne źródło w jednym i tym samym gatunku najniższych ustrojów (mikroorganizmów), które drogami dotąd jeszcze dokładnie niewyświeconemi nagabują ustrój ludzki, a w miarę natrafionéj gleby szerząc się albo nadzwyczaj szybko stają się przyczyną choroby, która się nam wydaje być od początku zaraz ogólną i zakaźną, albo téż rozmnażając się bardzo powoli i nie wywołując ogólnych, ciężkich przypadów, nadają znaczenie więcéj cierpienia miejscowego, albo téż wreszcie nagabują, nie tak jak zwykle połyk, lecz błonę śluzową nosa, spojówkę oka, części rodne, rany, w ogóle załamki, w których powłoki ogólne stykają się z błonami śluzowemi i wytwarzają w tych miejscach ciężkie cierpienia miejscowe, którym nawet następowo ogólne przypady i złowrogie następstwa w postaci zakażenia krwi lub porażeń nerwowych towarzyszyć mogą.

W niniejszéj rozprawie pominę wszystkie te sprawy chorobowe chroniące się dotąd pod wspólne skrzydła obszernéj i zbiorowéj téj nazwy, a mówić będę tylko o dyfteryi tak, jak ona zwykle szerząc się epidemicznie, nam się przedstawia, t. j. mówić będę o dyfteryi połyku jako chorobie zakaźnéj, odznaczającéj się zmianami zapalnemi połyku, z szczególną skłonnością wytworów chorobowych do rozpadu.

Rozpocznę zaś od omówienia warunków sprzyjających powstawaniu dyfteryi oraz od wyjaśnienia dróg, jakiemi szerzy się ta choroba, czyli od części etyjologicznéj dyfteryi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał **Dr. Stanisław Klikowicz** z Petersburga.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Zważywszy, z jak wielu nieprzezwyciężonemi trudnościami połączoném jest otrzymywanie czystego peptona, nietrudno będzie naprzód już wyrzec się ilościowego oznaczenia tegoż *in substantia*. Przy strącaniu peptonu za pomocą 83% alkoholu ze sztucznych mięszanin trawiących zauważył Thiry (Maly, l. c. str. 99), że strąconą zostaje nie tylko peptyna wraz z przypadkowemi zanieczyszczeniami téjże, ale także i związki chlorowe zasad aż do 50% osadu. Trudności te przy ilościowém oznaczeniu dałyby tak znaczne źródła błędów, że nie można byłoby spodziewać się dokładnych rezultatów.

Ponieważ pozostała nam polaryzacyja, przeto należało postawić sobie pytanie, czy metoda ta odpowiada głównym warunkom dokładności. Zachodzi jeszcze pytanie, czy w naszym danym do polaryzowania płynie znajduje się jedno tylko czynnie optycznie ciało; odpowiedź na pytanie to jest stanowczo przeczącą. Za pomocą zobojętnienia i przegotowania uwolniliśmy płyn od syntoniny (Parapepton Meissnera, Propepton Schmidt-Mühlheima); ostatnie ślady téjże przy dosyć kwaśnéj reakcyi usunięte zostały przez dodanie soli kuchennéj (3%—35%) do płynu. Po dodaniu kwasu octowego i żelasinku potasu filtrat, choćby stał kilka godzin, nie mącił się wcale, albo tylko bardzo lekko. W niektórych przypadkach, gdzie zabarwienie to zdawało nam się mocniejszém aniżeli zwykle, zastosowywaliśmy następującą próbę: po dokładném oznaczeniu polarymetryczném czynnego opty-

czenie ciała dodawaliśmy przy bardzo kwaśnéj reakcyi do cieczy naszéj kilka kropel żelasinku potasu; po kilku godzinach braliśmy z czystego przesączu 89 cm. sześć., zaokrąglaliśmy je do 100 cm. sześć. i polaryzowali na nowo; po obliczeniu otrzymaliśmy liczby, które od poprzednio otrzymanych bardzo nieznacznie się różniły — dowód, że ilość strącalnego przez kwas octowy i żelasinek potasu ciała (b-pepton Meissnera) bardzo nieznaczny wywiera wpływ na rezultat polaryzacyi.

Jakkolwiek przy téj reakcyi ciecz nie stała się mętną, to jednak byliśmy w stanie zawsze — i na to kładę nacisk szczególny — znaczną wywołać mętność przez dodanie do czystego płynu znaczniejszych ilości soli kamiennéj albo stężonego rozczynu soli kuchennéj. Osad ten, wzgl. mętność znikała za ogrzewaniem i wracała znowu przy ochładzaniu (hemialbumoza, Kühne), przechodziła ona przez wszystkie sączki, a o oddzieleniu czystego peptonu od hemialbumozy nie można było myśleć. Byliśmy więc zmuszeni oznaczyć pepton razem z hemialbumozą. Jak wiadomo, hemialbumoza jest tak blisko peptonu stojącym produktem pośrednim trawienia, że przy dzisiejszym stanie wiadomości naszych nie podobna przeprowadzić między niemi ściśléj granicy. Przy każdém trawieniu znajdujemy hemialbumozę we krwi, lecz czy jako taka przez przewód jelitowy pochłoniętą została, czy też przedstawia ona produkt przemiany wstecznéj peptonu, nie jest dotąd dowiedzioném. O ile dawniéj badacze skłonni byli nowe, w produktach pośrednich trawienia odkryte własności przypisać peptonowi, o tyle obecnie panuje zdanie wręcz przeciwne. Nawet istota jednolita albumozy jest jeszcze przedmiotem sporu. Kühne i Chittenden (*Ueber Albumosen, Zeitschrift f. Biologie. N. F.*, II tom, całego pisma tom XX. 1884, str. 11), wyliczają aż cztery gatunki hemialbumozy (proto-, hetero-, dis- i deuteroalbumoza). Przeciwnego zupełnie zdania jest Herth (*Untersuchungen über d. Hemialbumose oder d. Propepton. Sep. Abd. a. d. XC Bd. d. Sitzb. d. kais. Akad. d. Wissenschaften, III Abth.* Zeszyt czerwcowy 1884.;) badacz ten pracował nad albumozą prawie jednocześnie z powołanymi autorami i doszedł do wniosku, że hemialbumoza jest ciałem jednolitém. Kontrowersye te wskazać mają trudności badania téj kwestyi. Dołączymy w têm miejscu tylko jeszcze kilka słów o ostatniéj pracy Kühnego (*Albumosen und Peptone. Verhandlungen d. Naturhist. — Med. Vereins zu Heidelberg. N. F.* III tom, zeszyt 4.) W ciekawym bardzo artykule donosi on, że udało się nareszcie znaleść sposób, za pomocą którego można pepton oddzielić zupełnie od hemialbumoz. Środkiem tym jest zastósowany niedawno przez Heynsiusa i Wenza obojętny siarczan amonu; sól ta, miałko sproszkowana i aż do nasycenia do mięszaniny peptonu i albumozy dodana, strąca zupełnie wszystkie ciała białkowe z wyjątkiem peptonu, który podobno w stanie zupełnie czystym pozostaje w przesączu.

Pod względem siły skręcania czystego(?) peptonu zdania też są podzielone. Hofmeister (l. c. str. 129) oznacza $(\alpha)_D$ = — 63·5°, Pöhl (l. c.) przypuszcza, że współczynnik skręcania dla peptonu wahać się może pomiędzy — 50° a — 65°, Hönigsberg (*Jahresbericht über d. Fortschritte d. Thier.-Chemie*, tom XII, 1882, str. 261), zwraca uwagę na to, że pepton rozmaitego pochodzenia rozmaicie skręcać może; tak np.

$(\alpha)_D$ dla peptonu z włóknika = — 55·5°
„ „ „ „ gotowanéj wołowiny = — 26·17°.
„ „ „ „ ryby = — 32·37°.

Również niestałe są liczby, które Kühne i Chittenden (l. c.) dla rozmaitych gatunków hemialbumozy podają; np.:
dla protalbumozy (średnia z 5 oznaczeń) $(\alpha)_D$ = — 74·83°
„ deuteroalbum. („ „ 4 „) „ = — 74·81°
„ „ („ „ „ „) „ = — 79·11°
„ heteroalbum. („ „ „ „) „ = — 68·55°

Jakkolwiek autorowie liczby te z wielkiém podają zastrzeżeniem, jednakie możnaby wysnuć z tego wniosek, że wszelkie hemialbumozy zawsze posiadają większą siłę skręcania, aniżeli czysty pepton. Początkowo używaliśmy przy oznaczeniach naszych podany przez Hofmeistra współczynnik (— 63·5°); w roku bieżącym jednakże w skutek surowszéj krytyki naszych własnych doświadczeń poddaliśmy próbie dokładność naszego czynnika. W tym celu przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń (ogółem 16), z których tylko 10 w formie tabeli (I) tu zestawiamy. We wszystkich tych doświadczeniach postępowaliśmy sobie w następujący sposób: po możliwie dokładnem oznaczeniu siły skręcania naszéj polaryzować się mającéj cieczy (100 cm. sześć.) obliczaliśmy za pomocą przytoczonéj wyżéj formułki absolutną (w gramach) zawartość w naszéj cieczy czynnych optycznie ciał (patrz rubryka 7, tab. I); przy obliczaniu têm posługiwaliśmy się czynnikiem Hofmeistra. Jednocześnie odmierzaliśmy dokładnie dwie porcyje po 10 cm. sześć. téj saméj cieczy i wlewali je do dwóch czarek platynowych, których waga po uprzedniém słabém wyżarzeniu przed samém użyciem oznaczoną została. Obie te porcyje wyparowywaliśmy w łaźni wodnéj, a pozostałość suszyliśmy przy 100°C. tak długo w łaźni suchéj, aż dwa, jedno po drugiém następujące, ważenia nie wykazywały już straty na wadze. Następnie obie pozostałości przy ciemno-czerwonym żarze zostały zwęglone, węgiel na ciepło z wody wyciągnięty, następnie położony na wolny od popiołu sączek, starannie wypłukany i wysuszony. Filtrat do suchości odparowano, węgiel wraz z sączkiem spopielono w drucie platynowym i popiół dodawano do pozostałości z filtratu. Teraz po powtórném i krótko trwałém żarzeniu oziębieniu w suszni, ważono czarki i na podstawie wiadomych wag popiołu i naczyń oznaczano wagę istoty spalonéj (produkty ostateczne trawienia [1]) i wyrażano ją w procentach (rubr. 8). Wtedy mogliśmy otrzymane za pomocą polaryzacyi liczby porównać z otrzymanemi za pomocą ważenia; różnicę w liczbach absolutnych (gramach) znajdujemy w rubr. 9, toż samo wyrażone w procentach wykazuje rubryka 10. Różnice oznaczone są znakiem (+) jeśli polaryzacyja dawała większe liczby, znakiem (—) jeśli waga wypadła większa za pomocą ważenia.

Jeśli tymczasem nie uwzględnimy doświadczeń 9 i 10, w takim razie zauważymy, że różnice we wszystkich innych doświadczeniach (rubr. 9) zaopatrzone są znakiem (+); przypuszczając, że otrzymane w naszych doświadczeniach za pomocą suszenia i ważenia liczby bardziéj zbliżone są do prawdy, aniżeli wyniki polaryzacyi, musielibyśmy przyznać, że dla wszystkich tych doświadczeń $(\alpha)_D$ = — 63.5° był za nisko obliczonym czynnikiem. Prostém wyliczeniem można dla każdego doświadczenia oznaczyć czynnik, za pomocą którego tę samą liczbę otrzymać możemy, którą otrzymaliśmy za pomocą ważenia. Takie czynniki przypuszczalne podaliśmy dla każdego doświadczenia w rubr. 11; nie znajdujemy tu

[1]) Niech mi wolno będzie zauważyć w têm, miejscu, że dla krótkości tylko produkt ostateczny trawienia nazywam peptonem, jakkolwiek wiem dobrze, że pepton nasz nie jest wolnym od hemialbumozy.

(oprócz doświadczeń 9 i 10) ani jednego, któryby nie był większy, aniżeli 63.5, a więc ciecze nasze optycznie silniéj działały, aniżeli ciało, dla którego Hofmeister podał liczbę 63.5. Daje się to bardzo łatwo wytłumaczyć, gdyż nawet przy bardzo nieznacznéj zawartości hemialbumozy powinniśmy w obec silnego jéj działania optycznego (Kühne i Chittenden) spodziewać się większego współczynnika skręcania, niż gdybyśmy mieli do czynienia z czystym peptonem. Wzięliśmy średnią z 8 ewentualnych czynników; wynosi ona $(\alpha)_D = -66.3°$. Jesli teraz liczby zboczenia z rubryki 6 obliczymy za pomocą naszego czynnika empirycznego, w takim razie otrzymamy w rubr. 13 i 14 różnice, 1) znacznie mniejsze od poprzednich i 2) zaopatrzone raz znakiem (+), raz znakiem (—). Na podstawie téj ostatniéj okoliczności można przypuścić, że idzie tu nie o fałszywy czynnik, lecz o błędy analityczne, które, jak wiadomo, wypaść mogą w obu kierunkach, ku (+) i ku (—). Ponieważ różnice procentowe wyprowadzamy z bardzo małych liczb absolutnych, przeto wahania liczb w rubr. 14 wydają się nam mniéj doniosłemi.

Teraz przechodzimy do dwóch ostatnich doświadczeń. One same tylko stanowią wyjątek, gdyż polaryzacyja wydaje w nich mniejsze liczby, aniżeli ważenie; początkowy nasz czynnik okazał się więc w tych przypadkach za wielkim. Ale są to właśnie te doświadczenia (rubr. 5), gdzie jako mającą zostać zbadaną istotę dodawaliśmy po 5.0 NaCl i KCl. Wspomnieliśmy już wyżéj, że w takich warunkach hemialbumoza po części przynajmniéj zostaje strąconą i to objaśnia, dla czego czynnik tylko dla tych przypadków okazał się za wielkim.

Ponieważ z jednéj strony zupełnego strącenia hemialbumozy w ogóle spodziewać się nie można, z drugiéj zaś nie wiemy, ile z produktów pośrednich strącone zostają przez nadmiar związków chlorowych zasad, przeto w doświadczeniach, w których dodawaliśmy tak wielkie ilości soli, że przy powtórném zagęszczeniu cieczy produkty pośrednie nie mogły pozostać w rozczynie, woleliśmy obliczenia nasze robić za pomocą czynnika Hofmeistra. Czynnik ten zdaje się bowiem pomiędzy innemi zajmować pośrednie miejsce i podobno w każdym razie dla cieczy, mało hemialbumozy zawierających, lepiéj się nadaje, aniżeli nasz współczynnik empiryczny, który jak sądzę lepiéj znów nadawał się do nieczyszczonych produktów ostatecznych trawienia. Wynika z tego, że przy doświadczeniach, w których dodajemy więcéj nad 3% odpowiednich soli, oznaczenie polarymetryczne mniéj ścisłém wypada, aniżeli w innych razach. Różnica jest jednak bardzo mała, a różnica pomiędzy obydwoma czynnikami w rzeczywistości mniejszą, aniżeli się zdaje: współczynniki są bowiem obliczone dla idealnego, przypuszczalnego rozczynu, a mianowicie dla 100% rozczynu. Ponieważ jednak w najlepszym razie mamy do czynienia z 3% rozczynem peptonu, przeto zobaczmy jak wielkim mógłby być czynnik, gdybyśmy jeden czynnik wzięli zamiast drugiego; zboczenie 2°30′ powinnoby w takim razie odpowiadać przy:

$(\alpha)_D = -63.5°$ 3.92% peptonu,
$(\alpha)_D = -66.3°$ 3.01% „

Z tego błąd wyrażony w odsetkach = 0·28%.

Oznaczenia polarymetryczne poddawałem bardzo często kontroli p. prof. Salkowskiego.

Przejdźmy teraz do szczegółowego opisu doświadczeń naszych. (C. d. n.)

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Sąd krajowy wreszcie przedłożył akta znawcom chemikom, prof. Radziszewskiemu i Drowi Schramowi, żądając od nich wyjaśnienia. Znawcy ci krytykują ostro orzeczenie pp. obducentów, podając na wstępie, że pp. lekarze cytują kilka możliwych trucizn, których atoli skutki są sobie wprost przeciwne, że się ograniczyli do wyliczenia kilku trucizn rzekomo łatwo się rozkładających; w szczególności zaś powtarzają, że alkaloidy w obecnym przypadku dałyby się wykryć, lecz niebyło ich ani śladu, że botaniczne i mikroskopowe poszukiwanie naparstnicy również było ujemne, że część trucizny mogła być wprawdzie wydzieloną przez wymioty, (których atoli niebyło), lecz w treści żołądkowéj pozostałaby zawsze dostateczna ilość do rozpoznania; że wszystkie przytoczone w orzeczeniu lekarskiém trucizny należy wykluczyć, że w szczególności kwas pruski nawet po kilku dniach może być wykryty [1]), że sinek potasu mógł wprawdzie być nadpsutym, ale wtedy byłoby go trzeba więcéj do otrucia, a w takim razie rozbiór wykryłby sole potasowe itd.

W obec tych zdań sprzecznych Sąd krajowy, jak powiedzieliśmy na wstępie, dn. 17 lipca przesłał akta śledcze Wydziałowi lek. naszemu. Nadeszły one po wyjeździe członków Wydziału na wakacyje letnie, przeleżały się do października, a dopiero d. 9 października Wydział mógł wypowiedzieć swoje zdanie. Opiewało ono jak następuje:

1. Gdy pp. chemicy nie zdołali wykazać w badanych przez siebie trzewach p. Roberty M. żadnéj trucizny, nie ma podstawy należytéj do przypuszczenia śmierci z otrucia, zwłaszcza gdy badanie ich odbyło się dosyć prędko, bo w kilka dni po śmierci Roberty M.

2. Wprawdzie robiący pierwszą sekcyję p. Dr. Małaczyński na podstawie oględzin żołądka powziął podejrzenie, że M. umarła skutkiem otrucia, wprawdzie i pp. obducenci sądowi po obejrzeniu żołądka podali niemal z pewnością, że śmierć nastąpiła z otrucia, jednak musieli mieć wątpliwość przecież, skoro we 2 dni później zgłosili potrzebę drobnowidowego zbadania mięśnia sercowego.

3. Prawdą jest, że są pewne przypadki, w których obducent na podstawie samego wyniku sekcyi może niemal z pewnością rozpoznać otrucie, ale téż wtedy jest zarazem w stanie oznaczyć rodzaj trucizny użytéj, jak np. kwasu siarkowego, fosforu, sinku potasu, tlenku węgla; jednak w danym przypadku pp. obducenci oczywiście téj pewności nie mieli, skoro dowiedziawszy się o wykryciu przez chemików arsenu uznali badanie mikroskopowe mięśnia sercowego za zbyteczne, godząc się têm samêm na to, że śmierć Roberty M. nastąpiła w skutek otrucia arszenikiem. A gdy chemicy sami odwołali pierwsze swoje orzeczenie, pp. obducenci bardziéj jeszcze stanowczo, bo z bezwzględną pewnością, przypuszczają śmierć z otrucia, powołując się na

[1]) Do téj kwestyi powrócimy późniéj i wykażemy, że może być wykryty nierównie późniéj.

zmiany anatomiczne w żołądku i jelitach, oraz na objawy chorobowe. Słusznie wprawdzie dowodzą, że trucizny czasem wykryć nie można, jeżeli za życia jeszcze zostaje wydzieloną, lub jeżeli się szybko rozkłada: gdy jednak za życia nie było ani wymiotów, ani biegunki, a choroba trwała zaledwie godzinę, gdy następnie badanie chemiczne odbyło się dość szybko, wypada raczéj przypuścić, że chemicy zdołaliby wykryć truciznę w trzewach denatki, gdyby do nich wprowadzoną została.

4. Szczegółowo przypuszczają pp. obducenci, że otrucie mogło nastąpić za pomocą dygitaliny, nitrogliceryny lub nitrobenzolu, a najprawdopodobniéj za pomocą kwasu pruskiego lub sinku potasu. Pomijając jednak okoliczność, że otrucia dygitaliną i nitrogliceryną są nader rzadkiemi, a u nas nieznanemi, to objawy chorobowe przeciw nim przemawiają. Otrucie nitrobenzolem wprost wykluczyć należy, skoro się przypuszcza otrucie kwasem pruskim lub sinkiem potasu; zresztą krew i tkaniny były raczéj jasno- a nie ciemnoczerwone. Również należy wykluczyć otrucie kwasem pruskim, właśnie z powodu zmian w żołądku znalezionych, których nigdy nie ma w tém otruciu. Natomiast przyznać należy, że zmiany podobne zawsze prawie zdarzają się w otruciu sinkiem potasu; z tém więc otruciem liczyć się wypada.

5. Na mocy zmian anatomicznych lekarz sądowy może rozpoznać przy stole sekcyjnym otrucie sinkiem potasu, jednak pomimo to dla osiągnięcia większéj pewności w takim razie nietylko sprawdza oddziaływanie żołądka, ale posługuje się na miejscu próbą chemiczną Preyera. Czy w danym przypadku obraz anatomiczny był tak wybitnym, aby usprawiedliwił przypuszczenie otrucia sinkiem potasu, z opisu pp. obducentów nie wynika dostatecznie; zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że nie był wybitnym, skoro pp. obducenci odrazu podejrzenia swego nie wypowiedzieli, wstępnéj próby chemicznéj nie uskutecznili, a późniéj nawet na otrucie arszenikiem się zgodzili.

6. Jeżeli więc obraz żołądka i jelit oraz jaśniejsze [1]) zabarwienie krwi poniekąd za otruciem za pomocą sinku potasu przemawiaćby mogły, to z drugiéj strony p r z e c i w temu otruciu przemawiają ważne następujące okoliczności:

a) Choroba Roberty M. trwała godzinę, podczas gdy sinek potasu nierównie prędzéj zabija, choćby nawet preparat był nie świeży.

b) Objawy chorobowe, opisane przez świadków, również nie odpowiadają temu otruciu.

c) Charakterystycznéj woni migdałów gorzkich nikt nie czuł podczas choroby, a co ważniejsza Dr. Małaczyński wyraźnie podaje, że podczas pierwszéj sekcyi żołądek i treść jego płynna nie wydawały żadnego odoru.

7. Gdy więc nie ma podstawy do uzasadnienia jakiegokolwiek otrucia, przypuścić należy, że Roberta M. u m a r ł a ś m i e r c i ą n a t u r a l n ą w s k u t e k p o r a ż e n i a s e r c a. Za tém zdaniem przemawiają następujące okoliczności:

a) Denatka była usposobioną do chorób sercowych.

b) Matka jéj podaje, że często skarżyła się „na ból serca, i zaparcie oddechu“, że przed 3 laty podobny przebyła napad, co według zeznania świadków i Roberta M. sama opowiadała.

c) Przebieg ostatniéj krótkiéj choroby i objawy jéj odpowiadają w zupełności niedomodze i porażeniu serca.

[1]) Zamiast wyrazu „jaśniejsze“ w broszurze prof. F. znajdujemy wyraz „pośmiertne,“ a jednak wyraz przez nas podany ma swoje znaczenie.

8. Nie przemawia przeciw śmierci z porażenia serca wynik badania mikroskopowego mięśnia sercowego, późniéj wykonanego; gdyż pp. znawcy nie wykluczają zwyrodnienia tłuszczowego, podając tylko, że nie ma „rozleglejszych zmian przeobrażenia tłuszczowego“. Z tego powodu, jakotéż z uwagi, że znawcy znaleźli rozpoczynający się zanik brunatny mięśnia sercowego, który zdarza się zazwyczaj dopiero w wieku późniejszym, podczas gdy Małecka była osobą młodą (wiek jéj nigdzie nie jest dokładnie podany [1]), z uwagi wreszcie, że zanik brunatny częstokroć łączy się ze zwyrodnieniem tłuszczowém, zdaje się być rzeczą niewątpliwą, że serce nie było prawidłowém, a doświadczenie uczy, że porażenie serca zdarza się i w niższych stopniach zwyrodnienia tłuszczowego.

9. W obec orzeczenia, że śmierć Roberty M. była naturalną, zmiany znalezione w żołądku można wytłumaczyć przypuszczając albo:

a) że przekrwienie było czynnościowe, powstałe wśród trawienia, gdy M. umarła w 3 godziny po śniadaniu, albo

b) że przekrwienie było zastoinowe i następstwem cierpienia sercowego, za czém przemawiałby i obrzęk błony podśluzowéj, albo wreszcie

c) że przekrwienie to powstało skutkiem dostania się do żołądka płynu nie obojętnego, a sprawdzono, że płynem tym mógł być wyskok octowy z małą domieszką olejków eterycznych, albo mięszanina z alkoholu i eteru [2]).

„Śmierć zagadkowa, — otrucie czy śmierć naturalna“, tak opiewa napis rozprawki prof. F. Na pierwszą część napisu zgadzam się, nie wchodząc na razie w pytanie, z czyjéj winy śmierć ta stała się zagadkową; druga część opiewać powinna: o t r u c i e s i n k i e m p o t a s u c z y ś m i e r ć n a t u r a l n a?. Przeczytawszy z największą uwagą akta sądowe nabrałem niezłomnego przekonania, że tak a nie inaczéj pytać się wypadało, a zadaniem mojém będzie teraz dowieść słuszności mojego twierdzenia.

Szan. autor broszury innego jest przekonania, twierdząc wprawdzie, że miało miejsce otrucie, lecz że ono mogło nastąpić „albo za pomocą k w a s u p r u s k i e g o, a jeszcze bardziéj s i n k u p o t a s u, zwłaszcza do pewnego stopnia rozłożonego i nieświeżego, który możebnie dla tego uległ w zwłokach, c h o c i a ż ś w i e ż y c h, zupełnemu rozkładowi, częścią zaś, działając w ustroju powoli, został za życia jeszcze wydzielonym; obok sinku potasu możebną trucizną mogły być: nitrogliceryna, nitrobenzol, daléj digittalina **itp. lub téż wreszcie** i mięszanina podobnych istot“. Rozbierzemy więc szczegóły jego twierdzeń:

N i t r o g l i c e r y n a: Co skłoniło szan. autora do przypuszczenia otrucia nitrogliceryną, zaprawdę nie pojmujemy; chyba okoliczność, że idąc za Hofmannem w podręczniku swym traktuje o nitroglicerynie w jednym i tym samym rozdziale co o kwasie pruskim i nitrobenzolu, i że p. Dr. Widmann miał we Lwowie obserwować dwukrotne otrucie nitrogliceryną u jednéj i téj saméj osoby. Wszakże sam autor w Podręczniku swym (str. 390) podaje: „Przypady otrucia (nitrogliceryną) polegają na silnym bólu i zawrocie głowy, b o l e ś c i a c h w b r z u c h u, w y m i o t a c h i r o z w o l n i e-

[1]) Rzecz dziwna, że pp. obducenci wcale wieku Roberty M. nie podali pomimo dwukrotnéj sekcyi, teraz dopiero dowiadujemy się z broszury prof. F., że denatka miała lat 26.

[2]) Ustęp ostatni orzeczenia, odnoszący się do pierwszych znawców chemików, opuszczamy, ponieważ go nie podaje i kol. F., jako z niniejszą polemiką w związku nie będący.

niu, przyczém wymiociny mają wybitną woń nitrogliceryny... Śmierć następywała w znanych wypadkach po 6 godzinach lub nawet po 3—4 dniach. Sekcyja zwłok wykazywała: nastrzykanie błony śluzowéj żołądka i wybroczynki w takowéj, zresztą wynik ujemny". Gdzież tu jakiekolwiek podobieństwo objawów chorobowych i zmian pośmiertnych z przypadkiem naszym?

Dygitalina. Objawami otrucia nią według prof. Feigla (podręcznika str. 404) są: nudności, utrata łaknienia, wymioty, rozwolnienie, zwolnienie tętna itd. O zmianach pośmiertnych nic nie umie podać, i słusznie, bo w ostatnich 25 latach zaledwie 2 przypadki śmierci doszły do wiadomości ogólnéj: jeden w r. 1864 przypadek rozgłośny otrucia pani de Pauw przez Dra La Pommerais w Paryżu, w którym Tardieu dla braku zmian charakterystycznych zmuszony był uciec się do doświadczenia fizyjologicznego, — a drugi w r. 1876 przez pruskiego lekarza wojskowego Dra Köhnhorna opisany, w którym sekcyja wykazała tylko nieżyt żołądka. Słusznie więc pisze Hofmann (*Lehrb.* 685), że po otruciu dygitaliną nie znajdujemy zmian charakterystycznych w zwłokach. Zkądże więc Lwów przychodzi do zaszczytu, że po Paryżu i Berlinie w nim zdarzył się trzeci przypadek otrucia dygitaliną?

Nitrobenzol. Otrucia tym olejkiem lekarz sądowy domyśla się, jeżeli przy sekcyi: 1) czuje silną, odurzającą prawie woń migdałów gorzkich, bez porównania silniejszą i dłużéj utrzymującą się, aniżeli po kwasie pruskim; 2) jeżeli krew jest ciemną a mięśnie brunatne; 3) jeżeli w żołądku znajdujemy płyn olejny, choć w bardzo małéj ilości; 4) jeżeli próba Preyera daje wynik ujemny [1]). A jeżeli tego wszystkiego nie było, jeżeli przedewszystkiém nie było wcale woni charakterystycznéj, zkądże powstać nawet mogła myśl o otruciu nitrobenzolem? Otóż szan. autor podaje, że myśl tę nasunął mu przypadek opisany przez Dra Mehrera (*W. méd. Presse*, 1885, Nr. 1). Ponieważ szan. autor do tego przypadku przywięzuje tak wielką wagę, że aż 3 razy w broszurze swéj (str. 11, 17 i 25) do niego się odwołuje, więc zapoznać z nim czytelnika staje się dla mnie obowiązkiem, aby dowieść, że trafném jest orzeczenie szan. autora: „że takim sposobem dowodzenia można dowieść, co się komu tylko podoba".

Kupiec pewien przychodzi pieszo do szpitala powszechnego we Lwowie, podając, że przed pół godziną otruł się przypadkowo, a mianowicie, że będąc u mydlarza wypił porządny haust z flaszki, w któréj sądził, iż znajduje się wonny likier, i że zaraz potém czuł się mocno osłabionym. Uderzającą była ogromna sinica (czyż to dla tego i p. Roberta M. musiała ogromnie posinieć?), tętno przyspieszone itd., a przedewszystkiém silna woń migdałów gorzkich z ust szerząca się, a taką samą woń miał płyn, który w szpitalu z żołądka wypompowano. Tego samego dnia ustały nudności a 3go dnia otruty opuścił szpital jako uleczony. Później sprawdzono, że w owéj flaszce znajdował się nitrobenzol. Otóż historyja tego przypadku.

Pytam się, w jakim celu szan. autor odwołuje się do tego przypadku, który jego twierdzenia wcale nie popiera a nawet wprost przeciw niemu przemawia i co mają znaczyć jego uwagi, że w tym przypadku „tkanki nieokazywały zabarwienia brunatnego, tylko zwykłą sinicę" (str. 11), skoro nikt nie twierdził, jakoby mięśnie za życia miały być brunatnemi, bo za życia zazwyczaj mięśni się nie widzi, a chory Dra Mehrera nie umarł wcale; co znaczy podanie jego (str. 17) o niezwykłém zabarwieniu krwi tego człowieka, skoro nikt jego krwi nie widział; co wreszcie (str. 25) ponowne twierdzenie, że „w przypadku Dra Mehrera „nie było ani śladu brunatnego zabarwienia tkanek, choć preparat był czysty" (zkąd szan. autor o tém wie, skoro Dr. Mehrer tego nie podaje?). Czy po tém wszystkiém czytelnik broszury nie wynosi wrażenia, że szan. autor mówi o przypadku śmierci z nitrobenzolu, w którym sekcyja wykazała coś niezwykłego, wbrew wszystkim autorom poprzeć mającego jego przypuszczenie, że Roberta M. mogła z podobnego umrzeć otrucia?—podczas gdy przypadek Dra Mehrera niczego więcéj nie dowodzi, jak że pewien kupiec łakomstwo swoje przypłacił 3-dniową chorobą, i że był to zwykły przypadek otrucia nitrobenzolem, przebiegający pomyślnie śród zwykłych objawów. Przypuszczenie zaś otrucia tym olejkiem u Roberty M. w doświadczeniu sądowolekarskiém nie znajduje żadnego usprawiedliwienia i pozostaje w rażącéj sprzeczności z przypuszczeniem otrucia kw. pruskim lub sinkiem potasu. (C. d. n.)

[1]) Zapobiegając możebnemu zarzutowi, że według nowszych nawet autorów, jak Husemanna, Lewina, Seidla, nitrobenzol wywołuje także zbłękitnienie gwajaku, oświadczam stanowczo na podstawie licznych własnych doświadczeń, że zdanie to jest całkiem mylne, i że w próbie Preyera posiadamy cenny środek do odróżnienia otrucia preparatami kw. pruskiego od otrucia nitrobenzolem.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Oertel (Monachijum): **Tereny lecznicze w zastosowaniu do zboczeń w krążeniu.** (*Ueber Terrain-Curorte zur Behandlung von Kranken mit Kreislaufs-Störungen*). Lipsk, 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Z inicyjatywy autora tereny lecznicze urządzają się już na sezon zimowy w Meranie, Bozen i Arco (urządzenie dróg, podział ich na odpowiednie odstępy, stosunkowe ich wyniesienie itd. przedstawiają dwie załączone mapy), — w przyszłym zaś roku powstać ma cały szereg terenów leczniczych w różnych zdrojowiskach austryjackich na porę wiosenną, letnią i jesienną. Co do innych warunków autor przepisuje szczegółową chorym dyjetę, różne rozrywki i zabawy, poleca ubranie wełniane i płaszcze nieprzemakalne, zaopatruje ich w książeczki, w których sami mają zapisywać ilość wypitych przez dobę napojów i oddanego moczu, uczy podczas burzy zasłaniać się skórzanym parasolem a podczas napadu duszności i bicia serca opierać się na nieodstępnéj lasce górskiéj — broń Boże siadać! ale nie wspomina ani jedném słowem o tém, że chory podczas swéj gimnastyki może się nabawić nietylko „pożądanego" bicia serca, ale i mniéj pożądanéj utraty przytomności, udaru mózgowego lub porażenia serca.

O ile tereny lecznicze zadość uczynią powyższym wskazaniom, przyszłość pokaże. Tu godzi się namienić, że bynajmniéj nie we wszystkich chorobach, zalecanych przez autora do leczenia terenowego, istota cierpienia polega na zwichnieniu równowagi hydrostatycznéj w krążeniu, a gdzie nawet zboczenie to istnieje, nie „tylko na drodze fizyczno-mechanicznéj wyrównaném być może". Sam autor przyznaje, że poziome położenie ciała ułatwia pracę serca, a jeżeli dodaje, że w tém położeniu nie dostaje dostatecznych bodźców dla mięśnia sercowego, to zapomina

o tém, że farmakologii nie zbywa bynajmniéj na środkach serce podniecających. Trudno także zgodzić się z autorem na odróżnianie bicia serca patologicznego i fizyjologicznego, z których pierwsze ma być szkodliwe a drugie „pożądane“. Sądzimy, że bicie serca jest zawsze objawem i następstwem nieprawidłowéj inerwacyi serca, a to z przyczyn rozlicznych i rozmaitych, ale zawsze patologicznych. Zadaniem naszém jest nie wywoływać go, lecz zapobiegać mu i uśmierzać je. A gdzie nawet rozchodzi się o wyrównanie zwichniętéj równowagi hydrostatycznéj w krążeniu, osiągnąć je można również na drodze fizyjologicznéj. Wszakżeż stan nerwów czuciowych obwodowych wpływa ciągle i nieustannie na zachowanie się nerwów spółczulnego i błędnego, na nerwy naczynioruchowe zwężające i rozszerzające, a więc na cały system nerwów regulujących ruchy serca i całe krążenie. Zmieniając stan czynny w nerwach dośrodkowych możemy podniecać czynność serca, podwyższać lub obniżać pracę mięśnia sercowego, zmieniając parcie krwi w układzie tętniczym, zależne nietylko od siły popędowéj serca lecz i od szerokości koryta naczyniowego, nader zmiennéj i od wpływu nerwów zawisłéj. Równocześnie podniecając nerwy czuciowe możemy zmieniać rytm i postać ruchów oddechowych a więc i tym sposobem działać na dopływ krwi do prawéj komórki. W wielu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego z wybitną arytmiją tętna już samo mechaniczne drażnienie skóry grzbietu *(hacture)*, a tém więcéj przelotne podrażnienie termiczne (krótki natrysk zimny) sprowadzają tętno regularne i silniejsze z podwyższonem parciem ościennem w tętnicach (sfigmomanometr Bascha). Ilekroć zaś niedomoga mięśnia sercowego pochodzi z niedostatecznego odżywienia ogólnego, nieprawidłowego wyrobu krwi, w niedokrewności, błednicy, po chorobach wyniszczających, a mianowicie jest następstwem ogólnego stanu neurastenicznego itp., nie może być mowy o „wyrównywaniu zwichniętéj równowagi hydrostatycznéj na drodze fizyczno-mechanicznéj“, lecz rozchodzi się o poprawę ogólnego odżywienia i mięszaniny krwi, o usunięcie zboczeń w unerwieniu serca i naczyń — a do tego celu chodzenie pod górę nie jest drogą ani najprostszą ani najkrótszą. Jeszcze jedna uwaga. Autor wspomina, że ani łaźnia sucha ani inne zabiegi napotne nie przyspieszają spalenia tłuszczu w ustroju, że więc stosowanie zabiegów tych w otyłości jest nonsensem. Przypomnieć należy, że łaźnia nietylko wywołuje poty, lecz podwyższając ciepłotę ciała wzmaga produkcyję ciepła, a więc powiększa tak ilość zużytego tlenu, jak i wydalonego kwasu węglowego. Prócz tego w łaźni takiéj zwiększa się u otyłych pojemność życiowa płuc, wzmaga siła wdechowa i wydechowa, jak tego dowodzą nowe doświadczenia Pasternackiego.

Chcieliśmy przez to zwrócić uwagę Kolegów, że nowa metoda fizyczno-mechaniczna, acz jeszcze sama w kołysce, już zbyt wygórowane rości sobie pretensyje i dyskredytowaniem wszelkich innych sposobów leczenia chce sobie torować drogę powodzenia. *Dr. Smoleński.*

Prof. Dr. S. Samuel: **Właściwy jad cholery.**

Dotychczas uważano cholerę za chorobę zaraźliwą, która się w jelicie umiejscowia. Silny nieżyt jelit i utrata istoty płynnéj we krwi stanowiły główną grupę przypadów, zwłaszcza że objawy saméj cholery po największéj części idą w parze ze znaczną utratą płynu w ustroju. U nieznacznéj liczby chorych wypróżnienia na zewnątrz były mniejsze, lecz i w tych przypadkach wykazała obdukcyja niezmierną ilość przesączyn w jelitach i jedynie porażenie tychże stanowiło przeszkodę w wypróżnieniu. Pojedyncze tylko przypadki, w których ani rozmiary przesączyn ani ilość krwi i skład nizki téjże nie zdołały wytłumaczyć przyczyny śmierci, skłoniły badaczy do rozpoznania intoksykacyi cholery. Obecnie według pojęcia Kocha bakteryje tworzą właściwy jad swoisty, przezco przybłonek zwłaszcza górne warstwy błony śluzowéj jelita obumierają, co przez chłonienie stanowi przyczynę porażenia naczyń krwionośnych. S. pyta się: czy jad cholery, który sprawia zapalenie jelita, porażenie naczyń krwionośnych i serca według pojęcia Kocha, jest udowodnionym? Willers znalazł podobno w kale cholerycznych alkaloid, który wywołuje nieprawidłowe bicie serca i silne drganie nerwowe. Zagadkowe te odkrycia, poczynione na zwłokach, nie wpłynęły dotychczas na korzyść ludzi żyjących. Koch podaje, że w płynie odżywczym laseczników przecinkowych tworzą się odżywki chemicznie wpływowe. S. zaś nadmienia, że nawet w prawidłowém jelicie napotykamy składniki jakoto: amonijak, kwas siarkowodowy, kwas masłowy, kwas octowy, fenol, skatol, krezol, jednak w takich ilościach, iż żadnéj ciału ludzkiemu niewyrządzają szkody. Czy treść jelit cholerycznych t. zw. stolce ryżowe nawet świeżo użyte są trujące, obecnie jeszcze niewiadomo. Stwierdzono jedynie w gnilicy *(sepsis)*, że bakteryje działają szkodliwie nietylko mechanicznie wbijając się w tkanki, lecz również chemicznie tworząc różne przemiany. Samuel zaprzecza zupełnie, jakoby właściwy jad przez jelito wchłonięty, dostał się do krwi działając jako jad sercowy. W jelitach mogą się różne znajdować szkodliwe istoty, które jednak do krwi nie dochodzą a im większe wypacanie tém mniejsze chłonienie, wreszcie stolce ryżowe podskórnie do krwi wstrzyknięte lub krew świeża zamartwiczego nie wywołują porażenia serca. Objawy choroby nie stwierdzają otrucia jadem, który jeszcze obecnie nie jest dowiedzionym. W 10 przypadkach utrata płynu 9 razy znacznie przeważała, co sprawia przeszkodę w krążeniu krwi. Na 100 chorych stwierdzono zaledwie 2—3 razy przepacanie niedostateczne, lecz nie można dokładnie oznaczyć, jak obfite były stolce poprzednio. Śmierć następuje bezwarunkowo w skutek odciągania krwi (*depletio*) z innych naczyń krwionośnych, niedokrewności najważniejszych części ustroju, i z tego rozdziału zmniejszonéj ilości krwi, jak to we wstrząsie zauważano. Z powodu cholery nie wzmaga się ogólna śmiertelność, gdyż między chorymi jest prawie połowa osób cierpiących na zboczenia w krążeniu krwi, wady serca, cukrzycę i kiłę. S. twierdzi, iż tylko nagła utrata wody z krwi sprawia zapad i śmierć. Przypuszczając, że istnieje jad sercowy, cóż natenczas czynić należy? S. jest tego zdania, że jedynie wstrzykiwania wodą przez 4—7 godzin za pomocą irygatora przez cewkę, przekłówszy poprzednio tkankę trójgrańcem w okolicy piersiowéj, pachwinowéj lub obojczykowéj, może chorobę uleczyć. W ciężkiéj zamartwicy należy wstrzykiwania rozpocząć od szyi. Woda słona ma być rozgrzaną od 38—39°C. Daje się 4 gramy soli kuchennéj na 1 litr wody. *(Berl. klin. Wochenschrift*, 1885, Nr. 36). *Dr. Reiss* w Dukli.

Dr. Silbermann: **Dwa przypadki znacznéj niedokrewności uleczone podskórném wstrzykiwaniem krwi.**

S. ogłasza dwa przypadki, w których po wstrzykiwaniu krwi według Ziemssena świetne uzyskał wyniki. Chłopcu 8-letniemu (po przebytéj odrze i kokluszu) cierpiącemu na bicie serca (wybitne szmery skurczowe zastawki trójkończystéj), mdłości i womity, gdy wewnętrzne podanie żelaza itd. nieskutkowało, wstrzyknął 40 grm. odwłóknionéj krwi ludz-

kiéj w oba uda. Nastąpiło znaczne polepszenie a po powtórném wstrzykiwaniu wyzdrowiał chory wkrótce zupełnie. Innym razem wstrzyknął dziewczęciu 11-letniemu, które po znacznych krwotokach z powodu ukleju w kiszce odchodowéj cierpiało na bardzo znaczną niedokrewność 50 gram. odwłóknionéj krwi ludzkiéj do obu ud. Wkrótce nastąpiło znaczne polepszenie. S. zwraca uwagę na odwietrzanie przed operacyją rąk, z któréj się krew bierze, również jak operowanego, wreszcie narzędzi i strzykawki. Podczas wstrzykiwania i późniéj należy uda ugniatać w kierunku ośrodkowym. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, Nr. 26).

Dr. Reiss w Dukli.

Baron Horoch: **Okaz nerki wyciętéj.**

Guz nerki stwierdzono w klinice prof. Alberta w Wiedniu u kobiety 40-letniéj. Chora spostrzegła od dwu lat po upadnięciu obrzęk na prawéj stronie brzucha, który z początku okazał się wielkości pięści, był ruchomym i sprawiał choréj znaczne boleści w żołądku, sięgając aż do pępka. Moczenie przy znaczném parciu utrudnione, przyczém odszedł skrzep, a późniéj nieco krwi płynnéj. Potém czuła się chora znacznie zdrowszą, a gdy powtórnie silne boleści się wznowiły, udała się do kliniki. Badanie stwierdziło obrzęk na prawéj części brzucha wielkości główki dziecięcia, ponad prawą kością łonową, ruchomy, twardy, o krańcach ostrych i można było przypuścić guz jajnikowy, gdyby przy dokładném badaniu przez pochwę nie trafiono na jajniki. Mocz był mętny i krwawy. Rozpoznanie guza nerkowego uzasadnił Dr. Pawlik badając zgłębnikiem moczowody. Badając prawy moczowód wydobył mocz żółty bardzo mętny, zanieczyszczony licznemi strzępkami ropy i krwi. Wydzielanie moczu było powolne, po ucisku zaś na guz odeszło znacznie więcéj moczu. Z lewego moczowodu wydobył P. mocz zupełnie czysty, bez osadu. Dla tém pewniejszego ustalenia rozpoznania wstrzyknięto późniéj do okrężnicy rozczyn proszków burzących, skutkiem czego cała okolica przed guzem dokładnie była ograniczoną, dając wypuk bębenkowy. Okrężnica w tém miejscu wzdęła się tworząc ciało mające 10cm. (przedtém 3cm.) szerokości, kątnica sięgała obecnie z tyłu aż do pachy. Dnia 7 lutego wyciął prof. Albert guz. Cięcie prowadzono od 11 żebra ku przodowi na wewnątrz przez wszystkie warstwy i wtedy można było guz od otrzewny odłączyć. Podwiązano następnie naczynia, przyczém żyła była znacznie rozdętą, w któréj czop guzu uwiązł. Po wyjęciu guza znaleziono otrzewnę w dwóch miejscach naddartą, zeszyto ją również jak resztę rany, założono dren i przymocowano przewód moczowy za pomocą igły bezpieczeństwa do wewnętrznego kąta rany. Rana zagoiła się śród miernego ropienia i chora opuściła klinikę po 4 tygodniach ciesząc się zupełném zdrowiem. Ciekawą była różnica ilości moczu. Przed operacyją oddawała chora w 24 godzin 500cm.sz. moczu. Tak było przez dni kilka po operacyi, późniéj dopiero zwiększyła się ilość moczu, a w 13tym dniu po operacyi wydawała chora już 1300 cm.sz, w 22 zaś dniu 2900cm.sz. Obecnie wynosi ilość moczu 2400—2600cm.sz. Guz ważył 1300gr. był 20cm. długi i 12cm. szeroki. Stwierdzono zwyrodnienie rakowate nerki, u któréj górnéj części pozostała resztka tkanki prawidłowéj. *(Beilage z. Centralbl. f. Chir.*, 1885, Nr. 24).

Dr. Reiss z Dukli.

Casper: **O leczeniu przewlekłéj rzeżączki sondami rowkowanemi.**

Liczne dotychczasowe sposoby leczenia rzeżączki przewlekłéj przedniéj i tylnéj części cewki moczowéj uważa autor za niedające dostatecznych rezultatów. To skłoniło go do obmyślenia i podania nowego sposobu leczenia. Opierając się na swéj statystyce, w któréj wykazuje 30 nadzwyczaj uporczywych przypadków uleczonych 20—30 sondowaniami, twierdzi, iż jest to dotychczas najlepsza metoda leczenia. Metoda ta polega na wprowadzaniu sond z chińskiego srebra, lekko stożkowo się kończących, długości 25cm. Na powierzchni tychże znajduje się 6 rowków $1^1/_2$mm. głębokości, ku wygięciu sondy coraz płytszych, a kończących się 5cm. od końca. Używa numerów Charrièra od 18—23. Rowki te wypełnia maścią: *Rp. Butyr. Cacao 100,00, Arg. nitr. 1,00, Bals. Cocain. 2,00* Maść ta w temperaturze pokoju jest stężałą i dopiero ogrzawszy ją w odpowiedniéj miseczce przy nie bardzo wysokiéj ciepłocie wlewa do rowków. Następnie przesuwa sondę przez otwór skali Charrièra, odpowiedni téjże dla wygładzenia powierzchni. Stosownie do tego, czy wedle rozpoznania rzeżączka jest umiejscowioną w przedniéj czy téż tylnéj części cewki moczowéj, wypełnia maścią początkową lub końcową część rowków. Sonda wprowadzona pozostaje w cewce rozmaicie długo, stosownie do tego, jak długo chory jest w stanie bez dolegliwego bólu znieść ją, chorzy bowiem okazują bardzo różną wrażliwość. Metodą tą więc osiąga autor podwójny cel, z jednéj strony mechanicznie ciężkością sondy działa na naciek w cewce, z drugiéj strony leczy miejscowe zmiany na błonie śluzowéj. *(Berlin. klin. Wochenschrift*, 1885, Nr. 49). *Dr. Halski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Salama: **Dalszy przyczynek do bakteryjoterapii.** Próby leczenia stosowano u chorego w okresie późnym suchot płucnych. Badanie wykazało dużą jamę w szczycie płuca lewego, nieżyt oskrzelowy w reszcie płuca; w plwocinach licznie prątki gruźlicze. Prof. Mafozzi, pod którego kontrolą robiono doświadczenia, polecił wziewanie z *Bacterium termo.* W tym celu wzięto kilka kropli wody studziennéj na gelatynę peptonową i w sposób zwykły przez hodowle oddzielono *B. termo* od innych grzybków. Czystą hodowlę dano do bulijonu, pozostawiono 8—10 godzin w cieple odpowiedniém i używano do wziewań. Doświadczenia rozpoczęto 17 lipca. Wziewania stosowano kilka razy dziennie nienużąc jednak niemi chorego. W pierwszych czterech dniach nie było polepszenia. Piątego jednak dnia gorączka zmniejszyła się, plwociny były mniéj ropne i mniéj obfite. Drobnowid wykazywał w nich mniéj już prątków gruźliczych, za to roje całe *B. termo.* Badanie 2 sierpnia nie wykazywało już żadnych prątków gruźliczych. Od tego czasu przybywało ciągle chorego na ciężarze, a polepszenie pod względem wszystkich objawów chorobowych było uderzającém. (*Allg. Med. C. Ztg.* str. 1666. 1885).

Ω. Szyrostircejew zachwala bardzo **Hydrastis canadensis w cierpieniach macicy.** *Hydrastis* okazała się bardzo skuteczną w krwotokach macicznych (już 20 kropli wyciągu usuwało krwotok, wywołany silném przekrwieniem macicy), w przypadkach w których macica była powiększoną, błona śluzowa owrzodziała, a ztąd wydzielina bardzo mocną, wreszcie w przypadkach zboczeń w czynnościach narządu trawienia, których przyczyną były zboczenia płciowe. Według spostrzeżeń Schatza i Mendes de Léona lek ten działa głownie na naczynia macicy, nie zaś jak *secale cornutum* na mięśnie gładkie. Dotąd znaleziono w *hydrastis* trzy alkaloidy, *hydrastin, berberin*, i trzeci bliżéj nieokreślony, który z tych trzech alkaloidów posiada własność hemostatyczną, nie wiadomo. (*The Lancet* 17 list. 1885).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 18 listopada 1885 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 31. Jako goście: Prof. Cybulski i Dr. Sondermayer z Krakowa.

1) Kol. Braun przedstawił mężczyznę z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, u którego kol. Obaliński wyciął 10 cm. jelita cienkiego, uległego zgorzeli z powodu uwięźnięcia w przepuklinie pachwinowéj zewnętrznéj prawéj, trwającéj od 13 lat, a uwięzniętéj od 2 dni. — Chory w trzecim tygodniu oddaje stolec bez bólu, a rana zagoiła się przez rychłozrost w przeciągu dni 14. Kol. Braun wspomina o podobnym przypadku, gdzie również z powodu zgorzeli jelita uwięźniętego w przepuklinie, resekowano mężczyznie 32 lat liczącemu 65 cm. z rezultatem pomyślnym. Chory opuścił zakład zdrów po upływie miesiąca. — Oba przypadki mają służyć na poparcie twierdzenia niektórych autorów, do których należy kol. Obaliński, że pierworzędną resekcyję jelita z następowém zeszyciem kolistém w przypadku zgorzeli sprowadzonéj uwięźnięciem, można wykonać z pomyślnym skutkiem, jeżeli zgorzel powstała szybko, a jelito doprowadzające nie miało czasu uledz głębszéj zmianie.

2) Kol. Mikulicz przedstawił kobietę, u któréj dokonał częściowego wyłuszczenia wola (*struma substernalis*) z uprzednią wysoką tracheotomiją. — Była pacyjentka ma się zupełnie dobrze, nie doznając ani charłactwa typowego ani szczególnéj zmiany w głosie. W 3 ostatnich latach wykonał kol. Mikulicz 25 operacyj wola wszystkie ze skutkiem pomyślnym, z tych 7 razy wyłuszczył cały gruczoł tarczykowy, 18 razy częściowo; 8 razy resekował wól w sposób poniżéj podany.

Gojenie się rany było zawsze prawidłowe, 20 razy rana zgoiła się przez zupełny rychłozrost, 2 razy było lekkie ropienie w okolicy szwów, 2 razy w dolnym kącie rany, raz zaś zrzekł się kol. Mikulicz już przy operacyi rychłozrostu z powodu tracheotomii, którą musiał wykonać (przypadek przedstawiony). Przewaga kobiet nad mężczyznami była prawie taka sama, jak w statystyce Rottera (312:178) mianowicie 17:8.

Wskazaniem do operacyi była zawsze duszność, raz tylko względy kosmetyczne.

Z pomiędzy wolów operowanych było 25 przypadków wola miąższowego lub torbielowego, raz był wól złośliwy, raz był zaś wól powikłany z chorobą Basedowa. Co do techniki operacyjnéj to trzymał się operator głównie zasad podanych przez Billrotha. Liczba przypadków operowanych przez kol. Mikulicza może się przyczynić do wyjaśnienia sprawy stanowiącéj dziś treść kwestyi wycięcia wola. Sprawę zaś tę stanowią choroby następowe, jakie się przydarzają po operacyi wola. Zaburzenia te domagają się ograniczenia wskazań lub zmiany sposobu operowania wola.

Pierwszém z zaburzeń, na które zwracano uwagę, były zboczenia w unerwieniu krtani, przypuszczano skaleczenie grube nerwu wstecznego, prace jednakże Wölflera i Kochera tak wyjaśniły stosunki tętnicy tarczykowéj dolnéj do nerwu wstecznego, że obecnie bezpośredniego skaleczenia nerwu wstecznego łatwo uniknąć można. Drugiém zboczeniem była tężyczka (*tetania*) najpierw w klinice Billrotha obserwowana. Nerwica ta jakkolwiek mało życiu zagrażająca, (Liebrecht na 351 przypadków 3 śmiertelne), wlecze się nie raz całemi miesiącami i trapi w nieznośny sposób chorego i jego otoczenie. Wreszcie spostrzeżenia Reverdina i Kochera charłactwa t. z. *cachexia strumipriva* po całkowitém wyłuszczeniu wola stanowczo przeciw téj operacyi przemawiały. Przypadki charłactwa tego obserwowali i inni jak Juillard, Baumgärtner, Grundler, Pietrzykowski a wreszcie raz Mikulicz. Liczba dotychczas ogłoszonych przypadków wynosi 36. Schiff, Wagne Zesas, i Horsley zapomocą doświadczeń na zwierzętach wykazali, że i dla tych wyłuszczenie całkowite gruczołu tarczykowego nie jest zabiegiem obojętnym. Kwestyja charłactwa i dla prelegenta nie jest zupełnie jasną. Czy istnieje zawsze związek przyczynowy między strumektomiją a charłactwem, to jeszcze nie jest na pewne udowodnioném. U kilku chorych prelegenta już przed operacyją były objawy charłactwa, u 5 był wzrost wybitnie powstrzymany, u 3 zaś z tych nadto wejrzenie matołkowate. Bardzo pouczający jest przypadek dwóch sióstr, których fotografiję kol. Mikulicz przedstawia. Gdyby starsza, u któréj już przed operacyją były wybitne objawy charłactwa, była przed kilku laty operowana, toby ją teraz z pewnością jako typowy przypadek charłactwa Kochera przedstawiono. Całą tę kwestyję tylko dokładna i rozległa statystyka rozwiązać może. Dopóki jednakże sprawa ta nie jest wyjaśnioną, całkowite wyłuszczenie wola w przypadkach tylko nadzwyczaj wyjątkowych, jak np. przy wolach złośliwych, jest dozwoloném. Z teoryj tłumaczących występowanie charłactwa Kochera prelegentowi najbardziéj przemawia do przekonania teoryja Baumgärtnera, który szuka przyczyny w zaburzeniach nerwowych powstałych jużto z powodu bezpośredniego skaleczenia jużto z powodu zmian następowych wytwarzających się w sąsiedztwie nerwów, jak blizn, ropienia itp. Inne teoryje jak Brunsa, Reverdina o swoistéj czynności gruczołu tarczykowego, Kochera o braku tlenu, zupełnie nam nie wyjaśniają, dla czego nie wszyscy operowani a raczéj dla czego tylko znaczna mniejszość operowanych objawy charłactwa okazuje. Teoryja zaś Baumgärtnera zupełnie dobrze tłumaczy nam nie tylko tę chorobę następową ale także zaburzenia w unerwieniu krtani i tężyczkę. N. Weiss mianowicie przypuszcza, że tężyczka powstaje w skutek drażnienia podwiązkami nerwu współczulnego a tą drogą ośrodków naczyniowych rdzenia przedłożonego i rdzenia pacierzowego. Tężyczka i następowe zaburzenie w unerwieniu krtani stanowią dalsze dwa powody, które stanowczo przemawiają przeciw całkowitemu wyłuszczeniu. Z 25 chorych u 4 tężyczka wystąpiła, z tych u jednego napady tężyczki znikły a rozwinęło się charłactwo Kochera, jak w przypadku Gussenbauera, u jednego napady jeszcze przez 5 miesięcy po operacyi trwały, u dwóch zaś napady tężyczkowe powoli się zmieniały i przyjmowały charakter napadów epileptycznych. Byłabyto więc czwarta choroba następowa po całkowitém wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego. O ile prelegentowi wiadomo dotychczas nikt jeszcze tego spostrzeżenia nie ogłosił. Przypadki tężyczki wystąpiły 2 razy u mężczyzn, 2 razy u kobiet, dotychczas zaś tężyczkę tylko u kobiet obserwowano (13 przypadków ogłoszonych przez N. Weissa).

Co do porażeń mięśni krtaniowych, to bardzo cenną jest praca Jankowskiego. Ze statystyki jego wypada, że na 620 operacyj 87 razy występuje porażenie mięśni krtaniowych, z tego 65 po całkowitém, a 22 po częściowém wyłuszczeniu wola, a więc mniéj więcéj jak 3 do 1. Ponieważ zaś częściowe wyłuszczenia daleko częściéj się wydarzają, aniżeli całkowite — Liebrecht np. na 303 operacyj podaje 125 całkowitych a 178 częściowych — dla tego przypuścić możemy, że nie 3 ale 4 razy tak często zdarzają się porażenia mięśni krtaniowych po całkowitém jak po częściowém wyłuszczeniu. Zaburzenia te w unerwieniu krtani są albo tylko lekkie, które po kilku tygodniach bez śladu ustępują, albo też głos staje się czysty pomimo istnienia niedowładu albo też są ciężkie długo lub trwale się utrzymujące. Według Jankowskiego było 38 porażeń ciężkich a 49 lżejszych. Z tych 38 ciężkich porażeń 34 wystąpiło po całkowitém wyłuszczeniu, a więc prawie 10 razy tak często ciężkie i trwałe porażenia pojawiają się po całkowitém jak po częściowém wyłuszczeniu. Fakty, iż w niektórych przypadkach głos pomimo istniejącego jeszcze niedowładu stawał się czystym, tłumaczy prelegent tém, iż drugie więzadło zastępczo działa. W przypadkach prelegenta raz wystąpił niedowład przedtém zupełnie zdrowego więzadła, 3 razy wystąpiło pogorszenie, 11 razy głos czysty nie zmienił się po operacyi, 4 razy chrypka istniejąca przed operacyją pozostała nadal, 7 razy głos się wybitnie poprawił. Że zmiany te w unerwieniu nie występują z powodu skaleczenia nerwu wstecznego, o tém jest prelegent zupełnie przekonanym, daleko więcéj prawdopodobném wydaje mu się być twierdzenie Jankowskiego, że zmiany te powstają w skutek oddzielenia naczyniek idących do tego nerwu, a tém samém i złego odżywienia takowych. Następnie mówi prelegent o nowym sposobie operacyi wola o tak nazwanéj resekcyi wola (patrz Przegl. Lek. 1885 Nr. 48) i przychodzi do następujących wniosków:

1) całkowite wyłuszczenie gruczołu tarczykowego należy tylko do wolów złośliwych ograniczyć lub zresztą zupełnie zarzucić.

2) Jeżeli przy wolu niezłośliwym okazuje się wskazaném usunąć obie połowy gruczołu, to można jednę połowę wyłuszczyć, drugą resekować, odpowiedniejszém jest jednak obie resekować.

3) Także w przypadkach, gdzie tylko jednę połowę trzeba usunąć, jest resekcyja téj połowy odpowiedniejszą.

4) Tak wyłuszczenie jako też i resekcyja wola jest tylko w obec groźnych trudności w oddechaniu dozwoloną. Dopóki rozległa statystyka nie wykaże, że tak bezpośrednie jako też

i pośrednie niebezpieczeństwa są znacznie mniejsze po resekcyi wola aniżeli po wyłuszczeniu, dopóty jedno i drugie jest dozwolonem w wyjątkowych tylko przypadkach ze względów kosmetycznych.

Przy tej sposobności prelegent podaje doświadczenia o operacyi wola z ostatnich trzech lat.

Dyskusyją w tym przedmiocie odłożono do następnego posiedzenia.

3) Odczytano pismo Zarządu Biblioteki uniwersyteckiej wiedeńskiej wystosowane do Komisyi Balneologicznej krakowskiej, z prośbą o nadesłanie sprawozdań z lat: 1879—1881—1883.

4) Odczytano odezwę kol. Marsa do Tow. lek. krak. z prośbą o poparcie w Ministeryjum sprawy podniesienia Zakładu zdrojowego w Krynicy, częścią przez usunięcie wadliwych dotąd urządzeń, częścią przez uskutecznienie tego, czego brak dotkliwie czuć się daje.

Wybrano komisyję złożoną z koll. Rydla, Korczyńskiego i wnioskodawcy, która ma rozpatrzyć sprawę i zdanie swoje przedstawić Tow. lek.

5) Wybrano Komisyję z 12 członków celem zalecenia wyboru urzędników Tow. na rok 1886.

6) Wybrano prof. Cybulskiego czynnym członkiem Tow. lek.

Dr. Dobruchowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w d. 8 bm. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którem po przywitaniu i zaproszeniu do udziału w pracach komisyi przybyłego po raz pierwszy fizyka powiatowego doc. Dra Ponikły, fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w roku 1885. Rachując zamiejscowych, w szpitalach krakowskich zmarłych, zmarło ogółem 2688 osób; w tem mieści się z ospy 7 osób, z odry 136, z płonicy 78, z błonicy 76, z krztuśca 25, z tyfusu brzusznego 48, z gruźlicy 403, z zapalenia płuc 527, z samobójstwa 15 osób: śmiercią gwałtowną przypadkową zakończyło życie 25 osób. Górowało więc tak samo jak i w wielu innych miastach środkowej Europy zapalenie płuc, gdy ospa zeszła do rozmiarów bardzo nieznacznych, co energicznemu szczepieniu przedewszystkiem przypisać należy. Śmiertelność z chorób zakaźnych była przeszło o 2% mniejszą od średniej z poprzednich lat dziesięciu. Z początkiem roku 1886 szpitale św. Łazarza i wojskowy notują osobno zmarłych zamiejscowych tak, iż odtąd w myśl uchwały komisyi sanitarnej można będzie obliczać śmiertelność Krakowa rzeczywistą. — Z powodu poruszenia sprawy sporyszu badano 10 gatunków mąki żytniej i znaleziono w nich około 0·1% sporyszu. Natomiast nawet najczulszemi próbami nie wykryto nigdy w chlebie krakowskim ani śladu sporyszu. Z tem zgadza się podanie lekarzy krakowskich, którzy nigdy nie widzieli zatrucia chronicznego sporyszem; znają przeto chorobę tę jedynie z opisu. — W myśl okólnika Namiestnictwa porozumiał się fizyk miejski z p. naczelnikiem urzędu cłowego co do dezinfekcyi pakunków nadchodzących z okolic cholerą nawiedzonych a komisarzom obwodowym polecono czuwać nad porządkiem w domach i osobami przybywającemi do hoteli z miejsc epidemiją nagabniętych. — Na zapytanie Magistratu orzeczono, iż uprawa nieczystościami kloacznemi Błonia po lewym brzegu Rudawy nie ma żadnego znaczenia dla zdrowia publicznego w Krakowie, byleby odbywała się w porze zimowej.— W sprawie podniesienia się poziomu wody gruntowej w realności Librowskich na Wielopolu zgodzono się ze zdaniem wysłanej na miejsce podkomisyi, iż odprowadzenie wody do niezasypanej jeszcze części łożyska Starej Wisły najlepiej złemu na teraz zaradzi. — Uchwalenie ostatecznego brzmienia instrukcyi dla miejskiej służby zdrowia odroczono do następnego posiedzenia, a natomiast wzięto pod obrady projekt rozporządzenia sanitarnego, dotyczącego wychodków, kanałów i dołów kloacznych, wypracowany przez wyznaczoną przedtem podkomisyję, której imieniem zdawał sprawę dyrektor budownictwa Niedziałkowski i inżynijer sanitarny Świerzyński. Nader ważny ten dla zdrowia publicznego przedmiot dał powód do obszernej dyskusyi, skutkiem której porobiono w projekcie pewne, zresztą nieznaczne, zmiany. Z powodu spóźnionej pory dyskusyję przerwano odkładając dokończenie do następnego posiedzenia. — R. m. Dr. Pareński uwiadomił, iż w obydwóch pensyjonatach żeńskich niemieckich trwa nauka bez przerwy od godziny 8 lub 9 rano do 1 a względnie do 2ej po południu i żądał, aby temu zapobiedz ze względu na zdrowie dzieci. Polecono fizykowi miejskiemu, aby w tę sprawę wejrzał i porozumiał się z władzą szkolną o stosowne zaradzenie złemu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 grudnia 1885 do 2 stycznia 1886 umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 18.3. Z odry umarło 6 (2 z. t.); z błonicy 3 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowej 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach odry, 1 płonicy. W tygodniu od 20—26 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 5, w Wiedniu 18, w Budapeszcie 6, w Pradze 4, w Rzymie 3, w Petersburgu 4, w Odesie 2. Z duru osutkowego umarło w Pradze i Budapeszcie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 9, w Paryżu 37, w Londynie 11. Z odry umarło w Budapeszcie 17, w Londynie 70. Z płonicy umarło w Berlinie i Hamburgu po 10, w Londynie 18, w Petersburgu 16. Z błonicy umarło w Budapeszcie 13, w Berlinie 47, w Lipsku 9, w Paryżu 47, w Londynie 27, w Chrystyjanii 12. Z krztuśca umarło w Londynie 78, w Liwerpolu 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,4; w Warszawie 30,5; w Wiedniu 27,7; w Budapeszcie 32,6; w Pradze 32,5; w Berlinie 27,9; w Monachowie 32,9; w Lipsku 23,1; w Dreźnie 25,0; w Gdańsku 28,2, w Hamburgu 25,4; w Strasburgu 29,0; we Fryburgu 26,4; w Amsterdamie 23,8; w Bazylei 18,9; w Brukseli 23,4; w Chrystyjanii 17,9; w Kopenhadze 17,5; w Londynie 18,0; w Odesie 33,4; w Paryżu 23,8; w Petersburgu 27,2; w Rzymie 23,4; w Stokholmie 20,5; w Zurychu 23,4. *J. I.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 stycznia. Od czasu nominacyi obecnego p. Ministra Oświecenia zapowiedziano i zapowiadają jeszcze zmiany pewne w rozmaitych departamentach Ministerstwa. Nauczeni smutnem doświadczeniem, że po zmianach nie wiele dobrego spodziewać się możemy, doznaliśmy dopiero uspokojenia, gdy referentem spraw uniwersytetów przedlitawskich, a tem samem i naszych, pozostał nadal dotychczasowy referent p. radzca dworu Dr. David, otrzymawszy nawet większy niż dotąd zakres działania. Winszujemy p. Referentowi tego sukcesu, ale winszujemy go i sobie. Radzca dworu David zna od lat wielu najdokładniej stosunki i potrzeby naszego Uniwersytetu, i wolen od uprzedzenia zawsze w miarę możności starał się, aby uprawnionym naszym życzeniom czynić zadość. Składa on dowody wielkiej życzliwości dla naszego Uniwersytetu w sprawie budowy klinik i zakładu patologicznego; dowodem zaś jego pieczołowitości o dobro Wydziału naszego jest świeża nominacyja profesora fizyjologii, z niezwykłą szybkością po usunięciu wszystkich trudności przeprowadzona, a uznaniu zasług w tej mierze p. Referenta dał wyraz dziekan na 1em posiedzeniu tegorocznem Wydziału. Mamy otuchę, że Mąż tyle zasłużony dla Uniwersytetu naszego nie przestanie być i nadal życzliwym jego orędownikiem, a tych kilka słów uznania i prawdziwej wdzięczności, wypowiedzianych w organie lekarzy galicyjskich i krakowskich, niechaj Mu służą za dowód, że Polacy umieją być wdzięcznymi dla tych, którzy im sprawiedliwości nie odmawiają.

* P. Minister Oświecenia udał się naprzód na inspekcyję do Insbruku, a następnie do Pragi czeskiej.

* Na posiedzeniu Tow. lek., odbytem we środę, prof. Obaliński omówił nową przez siebie podaną metodę podniesienia nosa zapadniętego i przedstawił chorą w ten sposób od oszpecenia uwolnioną. Następnie urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z czynności naukowych i administracyjnych w ciągu roku 1885.

* Prof. E. Hofmann wybrany został zastępcą przewodniczącego w Radzie najwyższej sanitarnej w Wiedniu.

* **Nekrologija.** W Kijowie umarł nagle w 79 roku życia Dr. Julijusz Matzon, b. profesor anatomii patologicznej, lekarz

szpitala miejskiego, radzca tajny, dawniéj uwielbiany przez swych uczniów nauczyciel i przewodnik. (*Medycyna*). — W Rzeszowie umarł Dr. Karol Komarnicki w 70 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 2: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy.

Piśmiennictwo lekarskie. GALLOIS. Des pyémies de cause interne etc. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 2½.

GRÜNFELD J. Die Lokalbehandlung bei Syphilisformen. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. — 75.

GUÉNEAU de MUSSY N. Etude sur l'hygiène de Moïse et des anciens Israélites. 8 Paris, Delahaye et L 75 c.

GUYON F. Leçons clin. sur les maladies des voies urinaires. 2 éd. Av. 49 fig. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 16.

HEITZMANN C. Die descriptive u. topographische Anatomie des Menschen in 600 Abbildungen 3 Aufl. 4 Lfg. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 6. — (1—4: M. 20).

HIRSCHBERG J., Der Electromagnet in der Augenheilkunde. Mit 17 Abb. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 4. —

HUEPPE F., Die Methoden der Bacterien-Forschung. Mit 2 col. Taf. u. 31 Holzschn. 2 Aufl. gr. 8. Wiesbaden, Kreidel. M. 5. 40.

LANGER C. v., Lehrbuch der systematischen u. topographischen Anatomie. 3. Aufl. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 14 —

MAAS O., Die „Schweninger-Kur" u. Entfettungskuren im allgemeinen. 6. Aufl. gr. 8. Berlin, Steinitz et Fischer. M. 1. 50.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20go b. m. o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Rosner Jan opisze z kliniki prof. Madurowicza przypadek zakończenia odbytnicy w pochwie, będącego przyczyną niepomyślnego przebiegu porodu, poczém 2) kol. Prus mówić będzie o leucynie we krwi bielicowéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Miasto Baranów nad Wisłą położone, oddalone od Tarnobrzegu 15, od Mielca zaś 26 klm. z powodu odumarcia lekarza miejskiego rozpisuje niniejszém konkurs na posadę lekarza miejskiego Dra Medycyny z roczną pensyją 200 złr. oględziny zmarłych i bydła na rzeź przeznaczonego. Obszerna i pewna praktyka w bogatéj okolicy dla braku lekarzy zapewniona.

Termin podań na ręce podpisanéj Zwierzchności miejskiéj do 15 Lutego 1886.

Burmistz
Kraus.

Z wiosną otwartym zostanie Zakład wodoleczniczy w Styryi. Potrzebnym tamże jest lekarz Polak, któryby z tą gałęzią terapii praktycznie był obeznany i posiadał pewne wiadomości z elektroterapii

Uprasza się o nadsełanie listów do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.